Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

KU LIBRARY APR 3 1912

Über einen Fall von Tabes dorsalis mit chron. halluzinatorischer Paranoia.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königlichen Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Theodor Fressel
Medizinalpraktikant aus Lüneburg.

Kiel 1910.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Über einen Fall von Tabes dorsalis mit chron. halluzinatorischer Paranoia.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königlichen Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Theodor Fressel
Medizinalpraktikant aus Lüneburg.

Kiel 1910.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 37.
Rektoratsjahr 1910/11.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Siemerling,**
z. Zt. Dekan.

Meinen Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0159

Bei der großen Verbreitung der Tabes sowohl wie der Psychosen muß es rein zufällig eine nicht gar zu seltene Kombination der Tabes mit ausgesprochenen Psychosen geben.

Von verschiedener Seite, von Cassirer in zusammenfassender Weise in der klinischen Studie: „Tabes und Psychose", ist diese Kombinationsform einer eingehenden Besprechung unterworfen, da einerseits in Frage steht, ob es außer dieser rein zufälligen Kombination eine wirkliche Tabespsychose gibt, und andererseits die Abgrenzung dieser Formen von der Dementia paralytica oft nicht leicht gelingt.

Der Grund für diese diagnostischen Schwierigkeiten liegt in den schwer zu beurteilenden Beziehungen von Tabes und Paralyse zueinander.

Von einem Studium der bei Tabes vorkommenden nicht paralytischen Geisteskrankheiten ist noch weitere so wünschenswerte Aufklärung über das Verhältnis von Tabes und Paralyse zueinander zu hoffen.

Im allgemeinen zeigt die Gemütsstimmung der Tabiker nach Leyden-Goldscheider alle jene Schattierungen, welche man überhaupt bei chronischen Krankheiten findet. „Auch bei der Tabes gibt es Patienten, welche ihren guten Humor behalten, sich in ihr Schicksal zu finden wissen. Andere sind trübselig, melancholisch. Wieder andere bieten eine krankhafte nervöse Reizbarkeit mit leicht wechselnder Gemütsstimmung dar."

Dieser Ansicht wird man sich wohl als der richtigen anschließen müssen. Bei älteren Autoren findet sich im Gegensatz hierzu die Angabe, daß die Patienten ihr schweres

Leid mit bemerkenswerter Geduld, man kann sogar sagen Gemütsruhe, ertragen.

Cassirer meint: Im Verlauf einer sonst unkomplizierten Tabes kommen dauernd oder gelegentlich Abweichungen von dem normalen psychischen Verhalten vor, die vermöge ihrer Einfachheit oder wenig intensiven Ausbildung noch nicht zur Annahme einer Psychose berechtigen, als einfache oder vorübergehende Stimmungsanomalien und ähnliches mehr.

Daß wir bei an Tabes Erkrankten häufig Zeichen der Depression, Angstempfindungen, Unruhe, schlechten Schlaf, Selbstmordgedanken finden, liegt in der Natur der Krankheit. Viele dieser Kranken haben gewiß ein volles Recht zu schwerer Verstimmung. Nicht selten tritt uns als Komplikation der Tabes ein Symptomenkomplex entgegen, der neurasthenischen Charakter zeigt und deshalb auch kurz Tabes-Neurasthenie genannt wird. In gleicher Weise findet sich bisweilen eine durch Hysterie komplizierte Tabes.

Verhältnismäßig oft ist in der Literatur eine Kombination von Tabes und chronischer Halluzinose mit depressiv ängstlichem Affekt erwähnt. Bei einer großen Anzahl von Fällen fallen uns Sinnestäuschungen aller Art als Hauptsymptome der die Tabes komplizierenden Psychose auf.

Sehr schwierig sind meist jene Fälle zu beurteilen, in denen zu einer primären Psychose sich die Symptome der Tabes hinzugesellen. Die Kombination ist gewiß möglich, fast immer wird sich aber im Laufe der Zeit herausstellen, daß sich die geistige Erkrankung im Sinne einer Paralyse umwandelt. Neisser bringt dafür mehrere Beispiele, daß bisweilen eine oder mehrere zeitlich auseinanderliegende Psychosen der Paralyse vorausgehen können.

Die Kombination von Tabes mit geistigen Störungen ist schon älteren Beobachtern mehrfach aufgefallen.

Als ältestes Beispiel der Art wird gewöhnlich eine Beobachtung von Horn aus dem Jahre 1833 angeführt. Aller-

dings findet sich bei ihm wie bei den anderen noch keine reine Scheidung zwischen paralytischer und nicht paralytischer Geistesstörung. Erst nach den grundlegenden Arbeiten von Westphal aus den sechziger Jahren wandten auch andere Autoren diesem Punkte ihre Aufmerksamkeit zu.

Zu denjenigen Forschern, die hier genannt werden müssen, gehören Kirn, Tigges, Krafft-Ebing, Tuczek, dann auf Grund umfangreichen Charité-Materials Siemerling und Moeli.

Von französischer Seite sind Fournier, Pierret, Gruet, Nageotte mit Arbeiten hervorgetreten.

Moebius präzisiert seine Ansicht so: „Treten bei Tabeskranken eigentliche Geistesstörungen auf, so handelt es sich in der großen Mehrzahl der Fälle um Paralyse. Aber es können natürlich auch alle anderweiten Geistesstörungen neben Tabes vorkommen: Paranoia, intermittierendes Irresein, hypochondrische, hysterische Zustände. Meist wird die Unterscheidung nicht schwer sein, da bei endogenen Psychosen gewöhnlich schon vor der Tabes abnorme Geisteszustände vorhanden gewesen sind und das klinische Bild keinen Zweifel zuzulassen pflegt."

Moebius weist dann allerdings darauf hin, daß es auch komplizierte und schwieriger zu beurteilende Zustände gibt: endogene Abweichungen plus Alkoholismus plus Tabes oder Morphinismus plus traumatischer Hysterie plus Tabes.

Im konkreten Fall stellen sich die Dinge oft genug weit schwieriger dar, als es die rein theoretische Überlegung zulassen möchte. Hierfür bringt Cassirer treffliche Beispiele aus der Literatur und seinem eigenen Material.

Die Häufigkeit, mit der psychische Störungen im Verlauf der Tabes vorkommen, ist nicht genauer zu bestimmen; wir wissen darüber ebensowenig, wie über die Häufigkeit paralytischer Symptome bei der Tabes.

Krafft-Ebing hält das Zusammenvorkommen von Tabes und nicht paralytischer Psychose für ein äußerst

seltenes Ereignis, ebenso erklärt es Neebe für sehr selten und für noch seltener, als dies in der Literatur zum Ausdruck kommt, da bei vielen der mitgeteilten Fälle die Diagnose der Dementia paralytica wahrscheinlich erscheine.

Mendel dagegen behauptet, daß die Kombination ziemlich häufig vorkommt.

Genauere Zahlen, die ja viel wertvoller sind als diese allgemeinen Eindrücke, verdanken wir Siemerling und Moeli.

Siemerling fand bei seinen Untersuchungen über Pupillenstarre unter 9160 Geisteskranken 1639 mal reflektorische Pupillenstarre. Davon waren sichere Tabesfälle mit nicht paralytischer Psychose 22 Männer und 7 Frauen, das sind 1,7 % der mit reflektorischer Pupillenstarre behafteten Geisteskranken und nicht mehr als 0,3 % aller von ihm untersuchten Kranken. — Dazu kamen noch 7 Fälle von Paranoia mit reflektorischer Pupillenstarre ohne sonstige tabische Zeichen und 2, wo wegen Blasenbeschwerden der Verdacht auf Tabes bestand, die Beobachtungszeit aber zu kurz war.

Moeli fand etwas größere Zahlen: 32 Fälle von Tabes mit Psychose unter 3640 Fällen von Geisteskrankheit, das ist nicht ganz 0,9 %. Moeli fand ferner unter 96 Tabikern der Nervenklinik der Charité 24 mal eine psychische Erkrankung. Unter diesen Fällen waren 5 sichere Fälle von Tabes mit Psychose; danach hätten 5,2 % der Tabiker an nicht paralytischer Geistesstörung gelitten. Doch diese hohe Zahl kann man nicht ohne Einschränkung gelten lassen.

Cassirer fand bei genauerer Durchsicht der Literatur, daß das Vorkommen der Kombination kein sehr seltenes ist, was ja auch Siemerlings und Moelis Zahlen beweisen. Cassirer fand etwa 100 Fälle, die ausführlich mitgeteilt sind; dazu kommen die nur zu Zwecken der Statistik kurz erwähnten Fälle von Siemerling und Moeli (insgesamt 61 Fälle).

Das Interesse, das uns diese Fälle von Tabes mit nicht paralytischen Geistesstörungen bieten, ist nicht gleichwertig.

Kein besonderes Interesse verdienen z. B. Kombinationen von Tabes mit zeitlich eng begrenzten alkoholischen Delirien von typischem Verlauf oder mit finalen Geistesstörungen. So hat Simon einen Fall finaler Delirien, 12 Tage ante mortem einsetzend, mitgeteilt.

Psychologisch wertvoll sind die Verhältnisse dort, wo zu einer voll ausgebildeten Tabes sich allmählich die Zeichen einer Geisteskrankheit hinzugesellen, die in chronischem Verlauf zu einer systematischen Wahnbildung, zum Ausbau eines völlig fixierten, in sich geschlossenen Wahnsystems mit krankhafter Eigenbeziehung, mit oder ohne Halluzinationen, mit Verfolgungsideen und daraus sich ergebenden Größenideen führt.

In der Literatur finden sich nur einige wenige Fälle von dieser Kombination von Tabes und chronischer Paranoia in dieser Begrenzung.

Als Beispiel möchte ich einen ausgezeichnet beobachteten Fall von Kirn anführen (aus dem Jahre 1868):

Ein 32jähriger Mann mit hereditärer Belastung, im Jahre 1855 aufgenommen, zeigte zuerst 1854 Beziehungswahn; er äußerte dann Verfolgungsideen, ist depressiv reizbar, hat Gehörstäuschungen, Halluzinationen des Geruchs und entwickelt allmählich deutliche Größenideen. Im weiteren Verlauf tritt die wahnhafte Umdeutung der ihm durch seine inzwischen eingetretene körperliche Krankheit gelieferten abnormen Empfindungen sehr stark in den Vordergrund.

Die Entwicklung der Tabes ist folgende: 1854 vermehrter Harndrang, 1859 lanzinierende Schmerzen, 1862 Ataxie, Pupillendifferenz, 1865 Analgesie, Doppeltsehen, Strabismus, Gürtelgefühl. Tod 1866. Die Sektion bestätigte die Diagnose Tabes dorsalis.

Cassirer bemerkt dazu: Hier haben wir zwei Reihen krankhafter Erscheinungen, die nebeneinander verlaufen, und wenn sie auch nicht ganz ohne gegenseitigen Einfluß sind, doch ihrem Wesen nach vollständig differieren.

Kirn selbst nimmt enge Beziehungen zwischen beiden Symptomenreihen an und glaubt, daß die durch das Rücken-

marksleiden bedingten peripheren Sensibilitätsanomalien für die Entstehung der abnormen Empfindungen und der aus ihnen resultierenden Wahnvorstellungen von wesentlicher Bedeutung sind. Er geht sogar noch weiter, indem er annimmt, daß auch bei den nicht mit Tabes komplizierten Fällen ähnlicher Psychosen, besonders bei der Dysphrenia sexualis, eine primäre Affektion des sensiblen nervösen Apparats anzunehmen ist.

Cassirer meint: „Auf diesem Wege werden wir ihm auf Grund unserer jetzigen Erfahrungen nicht folgen können, und wir werden nur zugeben dürfen, daß durch die von der körperlichen Krankheit produzierten abnormen Empfindungen günstiges Material für den Ausbau der Psychose geliefert wurde."

In einer bereits ausgebrochenen Psychose können die abnormen Gefühle der Tabiker eine Verwendung finden und ihr eine bestimmte Färbung verleihen, wie das ja alle anderen persönlichen Erlebnisse und Verhältnisse des Kranken bei jeder Psychose hervorrufen.

Cassirer führt für diese selbstverständlichen Dinge einen Kranken an, der das quälende Gürtelgefühl dahin deutete, daß er in zwei Stücke geschnitten zu sein wähnte; ein Kranker Sommers hielt sein Rückenmarksleiden für eine einfache Spielerei, die ihm die Jesuiten durch Chloroformieren und Elektrisieren zugefügt hätten. Ein Kranker Moelis sprach von dem festen Fleisch, das jetzt an seinen Oberschenkeln sitze, er sei im ganzen schwerer geworden. Ferner berichtet Cassirer genauer von einer Patientin, die stereotyp die Klage vorbrachte, in ihr stecke ein Mann, der sich plötzlich umdrehe und ihr heftige Schmerzen mache. Ein Kranker Reys fühlt seine Füße zerteilt, zerhackt, sich in die Augen geschossen usw.

Im übrigen braucht diese Verwertung tabischer Sensationen keineswegs immer stattzufinden; so beschreibt z. B.

Ruehle einen Paranoiker, der für die durch Tabes hervorgerufenen Krankheitserscheinungen volle Einsicht hatte.

Von Tuczek ist ein klassischer Fall von Tabes plus Paranoia veröffentlicht, den ich hier kurz anführen will. Hier schloß sich an eine Tabes, die in den Jahren 1873—1875 eingesetzt und allmählich zu großer Vollständigkeit sich entwickelt hatte, nach 20 Jahren die Psychose an: es kamen Gehörs- und Geschmackshalluzinationen, Schattenbilder, die Paraesthesien wurden im Sinne der den Patienten beherrschenden Verfolgungsideen und Größenideen umgedeutet, und eine eigene Nomenklatur wurde produziert.

Ähnliche Beobachtungen sind von Ruehle, Savage, Jakob mitgeteilt worden.

In einer größeren Anzahl von Fällen fand Cassirer eine Kombination von Tabes mit psychotischen Zuständen, deren Zugehörigkeit zur Paranoia aber zweifelhaft erscheint. Im Vordergrund stehen hier die Halluzinationen und Illusionen; Erklärungsversuche schließen sich an, aber darauf beschränkt sich die Wahnbildung, es kommt zu keinem systematischen Aufbau, der depressive Affekt besteht fort, die Umwandlung oder der Übergang in die reizbare, gehobene, anspruchsvolle Stimmung des echten Paranoikers bleibt aus.

Im Anschluß an diese Ausführungen sei es mir gestattet, einen Fall von Tabes mit chronischer halluzinatorischer Paranoia anzuführen, dessen Veröffentlichung mir durch gütiges Entgegenkommen des Herrn Geheimrats Professor Dr. Siemerling ermöglicht wurde.

Den Kranken habe ich in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel beobachten und untersuchen dürfen. Mir standen ferner die Krankengeschichten des Patienten aus der medizinischen und aus der psychiatrischen Abteilung des Altonaer Krankenhauses zur Verfügung.

Es handelt sich um einen 45jährigen Maurer F. F., geb. 16. VII. 1864. Eltern nicht verwandt, hereditär anscheinend nicht belastet, 5 gesunde Geschwister. — Gute Schulbildung, später Bauhandwerkerschule.

1889 Syphilis, 1 mal 8 Wochen Schmierkur in der Univ.-Klinik Halle. Verheiratet, keine Kinder; die Frau starb vor 8 Jahren, seitdem ledig. — Starker Potus (Bier und Schnaps) wird angegeben, hat seit 3 Jahren nicht mehr getrunken. — Bis Ende 1907 arbeitete Patient im Innern von Canada an Brückenbauten. Dabei erfroren die Füße, die beiden großen Zehen waren schwarz und die Unterschenkel gefühllos. Vor Schmerzen konnte er nicht mehr gehen, und er fand Aufnahme im Krankenhaus. Man wollte ihm dort beide Beine amputieren, worauf er aber nicht einging. — Februar 1908 wurde er von der Regierung nach Hamburg zurückbefördert. Auf dem Wege Hamburg-Bergedorf, den er sogleich zu Fuß zurückzulegen versuchte, blieb er vor Erschöpfung 3 Tage und Nächte im Freien liegen bei einer Strohdieme, ohne jegliche Nahrung bei starker Winterkälte. Bewußtlos wurde er von einem Jäger aufgefunden und ins Armenhaus zu Sande geschafft. Dort blieb er 1½ Jahre und versuchte das Gehen wieder zu erlernen. Nach einem längeren Gang im April 1909 bemerkte er eine starke Schwellung des rechten Fußes. Wegen heftiger Schmerzen monatelang Bettruhe, vom August 1909 an auf der chirurgischen Abteilung des Altonaer Krankenhauses als „tabische Arthropathie“ in Behandlung. Zeitweise unfreiwilliger Abgang von Kot und Urin. — Am 30. X. 1909 verlegt auf die medizin. Abteilung zu Altona. Auf dem Krankenblatt finden sich bereits alle Symptome der voll entwickelten Tabes. Im Auszug teile ich mit:

30. X. 1909. Elend aussehender, schlecht genährter Mann. — Pupillenreaktion auf Lichteinfall und Konvergenz erloschen. Gesichtsfeld für Weiß, Blau und Grün stark eingeengt. Linke Pupille entrundet, kleiner als rechts. Myosis. — Sehr hochgradige Ataxie der unteren Extremität; Ataxie des ganzen Körpers, aber geringeren Grades. — Der Gang ist taumelnd, etwas spastisch. Romberg stark positiv. Muskulatur der Beine hypotonisch. - Patellarsehnenreflex erloschen, Bauchdeckenreflex lebhaft. — Berührungsempfindung an den Beinen stellenweise herabgesetzt. Stumpf und spitz wird nicht unterschieden. Keine anästhetischen Zonen. Keine Summation der Reize, jedoch Erwachen der Sensibilität. Thermanästhesien bestehen nicht. Gefühl für kalt etwas gestört. Lokalisation der Reize ganz leidlich. Sprache langsam, leicht ataktisch. — Gelenkbänder der unteren Extremitäten sehr schlaff, lassen Hyperextension in weitem Maße zu. Namentlich das rechte Fußgelenk schlottert stark. Die Plantapedis ist nicht nur total abgeflacht, sondern sogar nach außen vorgewölbt durch hochgradige Senkung des Fußgewölbes. - Blasen- und Mastdarmfunktionen sind geschädigt. Läßt Urin und Kot unter sich.

Auf Wunsch des Patienten am 27. XI. 1909 entlassen. Nach dem Krankenblatt sind die ataktischen Störungen nicht mehr so groß wie im Anfang. Beim Stehen und Gehen fällt die Hyperextension der Beine in den Kniegelenken auf. Patient kann mit kleinen Schritten langsam vorwärtsschreiten, jedoch ist die Ataxie noch besonders beim Umkehren sehr ausgesprochen.

Dann finden sich einige leider nur kurze Ausführungen über die Gemütsstimmungen des Kranken, die von besonderer Wichtigkeit für die Auffassung der jetzt manifesten Geistesstörung sind. Labiler psychischer Zustand. Sehr leicht erregbar. Patient soll sich in der Erregung leicht zu gemeinen Ausdrücken aus der sexuellen Nomenklatur hinreißen lassen. Keine Sprachstörungen.

Vom 27. XI. 1909 bis 2. I. 1910 war Patient nicht in Pflege, vom 2. I. 1910 bis 24. III. 1910 Aufnahme in die psychiatrische Abteilung vom Altonaer Krankenhaus.

Wesentlicher körperlicher Befund nach dem Krankenblatt außer den obigen Anzeichen: Liquor cerebrospinalis klar, gibt positive Globulinreaktion, enthält mäßig reichliche Lymphocytose.

Psychischer Status: Mißtrauisch und reizbar, im allgemeinen aber ruhig. Allmähliche Entwicklung paranoischer Beeinträchtigungsideen unter dem Einfluß der krankhaften körperlichen Sensationen und der Schmerzen. Sieht, hört und fühlt unsichtbare Feinde, die ihm die Persönlichkeit rauben wollen, seine Gedanken verändern, ihn anders aussprechen lassen als er will. Trifft allerlei Abwehrmaßregeln dagegen (Gebärden, Schutzworte etc.). Die Prüfung der Intelligenz, auf Schulkenntnisse, Zeitereignisse, Urteilskraft, Merkfähigkeit, Rechnen ergibt recht gute Leistungen. Größenideen nicht zu erhalten.

Am 24. III. 1910 Aufnahme in der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Die körperlichen Nachuntersuchungen bis zum 6. VI. 1910 ergeben weiter: Mangelhafter Ernährungszustand, fahle Gesichtsfarbe.

Ophthalmologischer Befund der Univ.-Augenklinik ergibt: Enge Pupillen, rechts Spur weiter als links, Reflex auf Lichteinfall links erloschen, rechts noch eine Spur vorhanden. Abducensschwäche beiderseits. Befund an der Papille und Augenhintergrund normal.

Die Sprache ist etwas langsam, selten etwas hesitierend, beim Lesen ohne Anstoß.

Facialis beiderseits gleichmäßig innerviert.

Zunge zittert, weicht etwas nach rechts ab.

Lebhafter Tremor der Hände. — Mäßige Unsicherheit der oberen Extremitäten bei Zielbewegungen; starkes Ausfahren der unteren Extremitäten beim Knie-Hackenversuch. Lagegefühl sehr gestört.

Grobe Kraft der Extremitäten wohl erhalten; mechanische Muskelerregbarkeit erhöht. — Vasomotorisches Nachröten gering.

Reflexe der oberen Extremitäten, der Bauchdecken, Kremaster (schwach) vorhanden. — Knie- und Achillessehnenreflexe erloschen.

Kein Babinski. — Romberg positiv.

Gang breitbeinig, unsicherer Hackengang, leichtes Ausfahren, Augen stets auf den Boden gerichtet.

Pinselberührungen vorwiegend an der Außenseite des Oberschenkels nicht gefühlt, an der Innenseite unsicher. — An beiden Beinen spitz

häufig als stumpf bezeichnet, am rechten Unterschenkel fast regelmäßig. Kurz nachher erfolgt oft die richtige Angabe spitz, ohne daß Patient von neuem berührt wäre. Ebenso wird gerade unterhalb der Mamilla, besonders in einer handbreiten Zone, oft spitz als stumpf bezeichnet. — Lokalisation der Reize oft falsch. — Schmerzempfindung nur am rechten Unterschenkel herabgesetzt.

Patient gibt eine klare Beschreibung lanzinierender Schmerzen, die besonders vom rechten Fuß ausgehen, klagt über Stiche in der rechten Seite und Gürtelgefühl, keine Kopfschmerzen.

Über der rechten Lungenspitze unbestimmtes Atmen und feine Rasselgeräusche.

Der psychische Zustand hat sich im Laufe der Beobachtung wenig geändert. Patient ist gewöhnlich ruhig und geordnet, einige Stunden am Tage außer Bett. Etwas scheu; unstäter mißtrauischer Blick; eigentümlich leidender Gesichtsausdruck; hält sich allein.

Auf Befragen gibt er gern Auskunft über seine Schmerzen und den Verlauf seiner Krankheit, für die er Einsicht besitzt und deren Daten er richtig angibt. — Er diktiert seine Wahnideen, damit die Sache veröffentlicht wird und die Belästigung aufhört. „Das muß bestraft werden."

Das Leben sei ihm richtig verleidet. Er liebe ein Mädchen, aber seine Feinde seien ihm entgegen. Das seien Sozialdemokraten, die das täten, weil er der Partei nicht angehöre. — „Ich stehe mit meiner Braut in geistiger Beziehung, und ihre Stimme, die wird mir weggefangen. Sie wird dadurch zitiert, das ist noch ein großer Kasus. Ich zitiere meine Braut dann her, das fällt mir doch nicht ein."

„Jetzt höre ich sie wieder, die Stimmen; sie schmeißen mir ihren Samenfunken zu auf den Körper und vergewaltigen sie (d. i. die Braut). Sie benötigen sie, und dadurch wird mein Leben gefährdet und ihres auch." — Auf Befragen: „Das ist doch klar, wenn ich hier auf den Boden hinfalle, das ist doch das Zeichen dafür." Zeigt eine Hautabschürfung. — „Ich sehe sogar den Kopf von meiner Braut auf einem anderen Kranken hier, so wird sie benötigt. Das arme Weib muß furchtbar leiden. — Nun fehlt nur noch, daß ich das Verhältnis zu meiner Braut aufgeben sollte, dann wäre sie ganz und gar verlassen, das tue ich nicht. Ich leide auch darunter, aber ich wehre mich auch dagegen. Ich sage es Ihnen, das ist ungesetzlich, das müßte bestraft werden."

Auf Befragen gibt er an, seine Braut sei eine Wärterin im Altonaer Krankenhaus, die ihn kurze Zeit gepflegt habe.

Neben diesen erotischen Wahnvorstellungen und Verfolgungsideen sind perverse Sensationen und hypochondrische Empfindungen sehr zahlreich vorhanden. In mannigfachster Weise verwendet Patient seine tabischen Schmerzen und abnormen Gefühle in seinem Wahnsystem. Mißtrauisch beobachtet er seine Mitkranken und glaubt sich von allen gemißhandelt und „benötigt". Seine Sehschärfe ist gut, und so klagt er: „Sie wagen sich ja nicht heran, ich kann sie nicht sehen, sonst wollte ich mich schon verteidigen."

Er bittet um Verlegung in ein anderes Zimmer, aber auch hier verlassen ihn seine Feinde nicht. Nun glaubt er, daß sie, „die Sozialisten“ ihn durch die Luft beeinflussen. „Jetzt bin ich wieder beeinflußt durch den da draußen, der hustet. (Auf dem Gange hustet jemand.) Dadurch habe ich Schmerzen im rechten Fuß, hauptsächlich aber auch im linken, die brennen, und auch seitliche Stiche und kommen ganz plötzlich und halten verschieden lange an.“ — „Das überträgt sich auf mein Geschlecht und dadurch habe ich Schmerzen. — Ich fühle, daß sie ihr Glied bewegen und dadurch bewegt sich meins auch im Bett. Reiz habe ich nicht, aber viel Schmerz. — Sie sind ja so schlau, beim Essen muß ich mich so vorsehen, daß ich meine Speise rein zu mir nehme. Ich bin das gewahr geworden, daß, während ich mein Brot kaue, mir von den Mitkranken der Samen zugestoßen wird, daß ich das mit aufkauen muß. Und ich werde das auch gewahr, ich fühle das innerlich. Ich habe ja dadurch gleich Schmerzen.“

Die gastrischen und laryngealen Krisen verwertet er ferner: „Ich habe manchmal das Gefühl, als ob sich jemand auf mich raufschmeißt.“ Während der Nachtzeit werde er von den Leuten bestochen, die würfen ihm ihren Samen zu; er müsse ihn einatmen, das mache ihm Brennen im Hals. Dadurch sei er entmündigt, d. h. sein Gehirn arbeite nicht nach seinem Willen, sondern nach ihm, dessen Samen er eingeatmet habe. Er merke es dadurch, daß seine Sinne durcheinander geschmissen würden. Die Verwandten würden dadurch belästigt, seine Liebe werde geschändet.

Er schilt oft auf seine Nachbarn, er habe die Leute auch zur Rede gestellt, die wollten aber nichts davon wissen. Seine Gedanken würden von anderen abgefangen und gegen ihn ausgenutzt. Man gebe sich sogar für seine Person aus, namentlich dem Mädchen gegenüber, um sie zu schänden. Das geschehe systematisch, mit großem Raffinement, als ob die Leute darauf studiert hätten. Seine Familie werde auch geschändet, er höre, daß sein Vater im Kampf stehe.

Die Zuwerfung des Samens geschehe unter einer Lichterscheinung, sei nachts wie ein elektrischer Funken. Apparate zum Auffangen seiner Gedanken seien nicht vorhanden, das seien die Menschen selber, „die Umstoßer“.

Er merke weiter, daß seine gute Sitte und Geschlecht auf Schulkinder übertragen werde, höre das aus den Stimmen der Kinder heraus. Das sei wie geistige Notzucht. „Schön ist so was nicht, aber ich sage es Ihnen, daß die Sachen genau veröffentlicht werden, ich bin ein entschiedener Feind von solchen Sachen“.

Er protestiere dagegen, lasse das nicht zu. Es sei die Absicht, ihn als Täter vorzuschieben, er könne das aber verhindern. Man wolle ihn schlecht machen bei seinen Verwandten und der Behörde.

Sein schlechter Gang komme auch von den Belästigungen her. Als er hinfällt, bezeichnet er seinen Nachbarn, einen Patienten mit Chorea, als Täter; vor dem sei er nicht sicher. „Mitunter habe ich das Gefühl,

als ob ich ganz und gar brenne. Das geht vom Fuß aus, und seitliche Stiche und im After".

Der Kranke hat sich sehr in der Gewalt. Die Stimmung ist nicht hypochondrisch, sondern selbstbewußt, kampflustig. Der Gesichtsausdruck oft leidend, bei der Unterhaltung lacht er bisweilen. „Ich habe eine gute Ausdauer, ich gebe nicht nach, ich lasse mich nicht benötigen."

Eigentümlich ist die Art seiner Verteidigung gegen die Stimmen; seit einigen Wochen beginnt er Gedichte zu machen.

„Die haben auch immer gegen mich durch die Blume geredet, da bin ich dagegen angegangen und habe gedichtet. Dies habe ich gegen die Sozialdemokraten gedichtet, da habe ich mich revanchiert".

Patient setzt alles in Beziehung zu seiner Person. „Hier ist ein Patient von Altona gekommen, wenn der den Funken von meiner Braut hatte, das konnte ich ganz genau merken, dann schlug er sich stets vor den Kopf. Dann tobte er wie ein Wahnsinniger. Die Wärter haben das auch nicht geduldet. Gegen den habe ich gedichtet hier: „Das Jagdverbot". Meistens sind es sinnlose Reimereien, mit zahllosen neugebildeten Worten, viele erotischen Inhalts, oft Hinweise auf sein Leiden und Wünsche, gesund zu werden.

„Liebchen! Gib mir neue Schwingen,
Die den Fuß elastisch machen,
Läßt mich nicht alleine ringen,
Um den Lorbeer zu bezwingen,
Harter Kampf bringt Ehrentag".

Die Einsicht für die Mangelhaftigkeit der Verse ist vorhanden. „Wenn ich mich mehr zurückziehen könnte in meine Behausung und nicht von meinen Feinden gestört würde, dann könnte ich Besseres in meinen Gedichten leisten. So muß ich mich immer dabei verteidigen in moralischer Beziehung, damit meine Verwandten nicht durch meinen Samen geschädigt werden".

Über die Zeit des Bestehens der Belästigungen befragt, meint er, schon auf der Hinfahrt nach Amerika 1904 von den Tschechen an Bord beeinflußt zu sein. Er habe sich aber nichts gefallen lassen und auch in Canada nicht und sei stets als Deutscher aufgetreten. — Vielleicht sind das sogenannte Erinnerungsfälschungen.

„1908 in Sande habe ich das auch gehabt. Das ist die sozialistische Bewegung. In Altona war Maurerstreik, als ich im Krankenhaus lag, da haben sie mir bös zugesetzt, da bin ich es so gewahr geworden".

Die Angaben, die Patient über die einzelnen Daten seiner Krankheit macht, sind völlig richtig und werden mit bemerkenswerter Promptheit gemacht. Er ist völlig orientiert, gibt richtige Auskunft über die sonstigen wichtigen Ereignisse seines Lebens und hat ein sicheres Gedächtnis, hat gute Schulkenntnisse und ist orientiert über Zeitereignisse; gibt gute geographische Beschreibungen von Canada und von seinen Reisen. Bei

der Sensibilitätsprüfung fällt sein aufmerksames und intelligentes Verhalten auf, Kopfrechnen ohne Störung.

Zweifellos liegt hier einer der seltenen Fälle von echter Paranoia vor, die langsam im Verlauf einer Tabes aufgetreten ist und zur Entwicklung eines fixierten, unerschütterlichen Wahnsystems bei Erhaltung von Orientierung und formaler Ordnung des Gedankengangs geführt hat. Unser Kranker hat Beziehungs- und Verfolgungsideen, die mannigfaltigsten Sinnestäuschungen. Er hört Stimmen, hat Geschmackstäuschungen, perverse Sensationen und hypochondrische Empfindungen, die als durch äußere Beeinflussung entstanden gedeutet werden. Ausgeprägte erotische Wahnvorstellungen.

In der Anamnese findet sich Lues, Alkoholismus, mannigfache körperliche Schädigungen und schwächende Einflüsse, die bei vorhandener Veranlagung als auslösende Ursache für die Paranoia in Betracht kommen.

Erbliche Belastung, die nach Siemerling in $^3/_4$ aller Fälle dieser Psychose nachzuweisen ist, scheint hier nicht vorhanden.

Es liegt nahe, einen ätiologischen Zusammenhang zwischen der Tabes und der geistigen Erkrankung zu konstruieren, die dem Anschein nach doch erst nach dem Ausbruch der Tabes aufgetreten ist. Im Verein mit den oben angeführten Schädigungen mag die Tabes hier das auslösende Moment gewesen sein. Eine Entscheidung läßt sich nicht fällen.

Cassirer sagt: „Es ist sicher nicht zu bestreiten, daß die Tabes wie jede andere Krankheit durch schwächende Einflüsse, durch die Behinderung des Lebensgenusses, durch die Störungen in sozialer Beziehung, durch Schmerzen, Schlaflosigkeit und tausend andere Dinge mehr bei entsprechender Veranlagung zum Ausbruch einer Psychose beitragen kann".

Mit dem oben angeführten Fall von Kirn besteht große Ähnlichkeit, hier tritt ebenso wie dort die Umdeutung tabischer Sensationen in den Vordergrund. — Uns drängt sich die Vermutung auf, daß die durch die Tabes hervorgerufenen abnormen Gefühle nur Stoff zum Ausbau der Psychose geliefert haben, im übrigen aber die Tabes und die Paranoia hier selbständige Krankheitsbilder darstellen.

Eine Möglichkeit, daß der von uns beschriebene Fall von Tabes plus Paranoia später in eine terminale Paralyse sich umwandeln kann, ist nicht auszuschließen. Der schon erwähnte Fall von Sommer mahnt zur Vorsicht.

Daran ist aber festzuhalten, daß die bisherigen Beobachtungen des Falls keine Berechtigung für die Annahme einer Paralyse geben, deren Charakteristikum, eine progressive Demenz, hier fehlt.

* * *

Zum Schluß spreche ich Herrn Geh. Med.-Rat Professor Dr. Siemerling für die Überlassung des Falles und für die Anregung zu dieser Arbeit meinen ergebensten Dank aus.

Literaturverzeichnis.

1. Binswanger-Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. 1907.
2. Cassirer: Tabes und Psychose (Klin. Studie 1903).
3. Goos: Über die nicht paralytischen Geistesstörungen bei Tabes dorsalis. I.-D. Kiel 1908.
4. Kirn: Zur grauen Degeneration des Rückenmarks in ihren Beziehungen zu den Psychosen (Allg. Zeitschrift für Psychiatrie XXV).
5. Leyden, E. v.: Die Tabes dorsalis. 1901. Wien.
6. Leyden-Goldscheider: Die Erkrankungen des Rückenmarks. 1897.
7. Moeli: Über die Häufigkeit der Geistesstörung bei Tabikern (Allg. Zeitschrift für Psychiatrie XXXVII).
8. Neisser: Über vorausgegangene Psychosen bei Paralytikern (Berl. klin. Wochenschrift 1894).
9. Siemerling: Über Veränderung der Pupillen-Reaktion bei Geisteskranken (Berl. klin. Wochenschrift 1896).
10. Sommer: Tabes und Paranoia (Allg. Zeitschrift für Psychiatrie 42).
11. Strümpell: Spezielle Pathologie und Therapie.
12. Westphal: Tabes dorsalis und progressive Paralyse (Allg. Zeitschrift für Psychiatrie XX und XXI).

Lebenslauf.

Am 22. Juni 1886 wurde ich, Theodor Karl Max Fressel, evang. Konfession, als Sohn des Kaufmanns Wilhelm Fressel zu Lüneburg geboren. Ich besuchte das Gymnasium Johanneum meiner Vaterstadt und bestand daselbst 1904 die Abiturientenprüfung.

Dann studierte ich an den Universitäten Tübingen (6), Berlin (1), München (1) und Kiel (3 Semester).

Meiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte ich in dem Winter-Semester 1904/05 beim Inf.-Reg. Nr. 180 zu Tübingen.

Das Physikum bestand ich 1907 in Tübingen und das medizinische Staatsexamen im Mai 1910 zu Kiel.